

ارزیابی عوامل خطر در بیماران با مسمومیت دارویی همراه با کاهش سطح هوشیاری

دکتر بابک مصطفی زاده^۱؛ دکتر اسماعیل فرزانه^۲

^۱ عضو هیئت علمی گروه آموزشی پزشکی قانونی و مسمومیتها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ نویسنده مسئول: استادیار پزشکی قانونی و مسمومیتها، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، اردبیل

E-mail: e.farzaneh@arums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: یکی از محدودیت‌ها و مشکلات در مدیریت بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری ناشی از مسمومیت‌های دارویی، ناتوانی در مصاحبه با بیمار است. هدف از این مطالعه مقایسه خصوصیات دو زیر گروه شامل بیماران با سابقه اقدام به خودکشی قبلی و بدون سابقه اقدام به خودکشی قبلی است.

روش کار: در این مطالعه مقطعی، ۱۹ بیمار با سابقه اقدام به خودکشی و ۶۶ بیمار بدون این سابقه از بین بیمارانی که بدنبال مسمومیت با مواد دارویی در ماه‌های شهریور، مهر و آبان سال ۱۳۸۸ در مراکز مسمومیت بیمارستانهای آموزشی درمانی در تهران- ایران بستری بودند انتخاب شدند. همه بیماران دارای کاهش سطح هوشیاری ناشی از مسمومیت‌های دارویی بودند. وضعیت دموگرافیکی، ویژگیهای ماده دارویی مصرف شده، سابقه بیماریهای قبلی و سابقه مصرف مواد غیرقانونی در بیماران ثبت شد. برای مقایسه بین دو گروه از آزمون کای دو و من ویتنی استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گردید.

یافته ها: سابقه اقدام به خودکشی قبلی با نوع ماده دارویی منجر به کاهش سطح هوشیاری ناشی از مسمومیت، ارتباط معنی داری داشت ($p = 0/04$). سابقه بیماری روحی روانی ($p < 0/01$)، تعداد قرص مصرف شده ($p = 0/02$)، فاصله زمانی بین مصرف دارو و رسیدن نیروهای اورژانس به محل ($p = 0/021$)، شرح حال مسمومیت عمدی توسط خود بیمار (Self Poisoning) ($p = 0/001$)، درجه کاهش سطح هوشیاری ($p = 0/046$)، اصلاح نشدن سطح هوشیاری بعد از اقدامات اولیه اورژانس ($p = 0/02$) و نیاز برای مراقبت های درمانی بعدی و پیشرفته ($p = 0/013$) در بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری با سابقه اقدام به خودکشی قبلی در مقایسه با گروه دیگر بیشتر بود. تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر سن، جنس و سابقه مصرف مواد غیرقانونی وجود نداشت.

نتیجه گیری: در بیماران بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی شایعترین علت مسمومیت دارویی مواد غیرقانونی و در بیماران با سابقه قبلی اقدام به خودکشی داروهای قانونی و غیرمخدر بود.

کلمات کلیدی: مسمومیت دارویی، اقدام به خودکشی، ارزیابی خطر بیماری

پذیرش: ۸۹/۲/۲۸

دریافت: ۸۸/۱۰/۲

یا غیر عمدی باشد. برطبق گزارش برخی از مطالعات

بیمارانی که در بیمارستان برای درمان مسمومیت

دارویی عمدی^۱ خود بستری می‌شوند، جمعیت در

مقدمه

مسمومیت‌های دارویی یکی از علل شایع بستری

شدن بیماران در بیمارستان می‌باشد.

مسمومیت‌های دارویی می‌تواند دارای ماهیت عمدی

^۱Self Poisoning

مبتلا به کاهش سطح هوشیاری ناشی از مسمومیت- های دارویی در دو گروه: دارای سابقه اقدام به خودکشی قبلی و بدون سابقه اقدام به خودکشی قبلی می‌باشد.

روش کار

این مطالعه بصورت مقطعی انجام شد. مواردی وارد این مطالعه شدند که توسط سیستم اورژانس در وضعیت کاهش سطح هوشیاری با شرح حال مسمومیت دارویی نامعلوم به بخش‌های اورژانس مسمومین مرکز آموزشی درمانی لقمان حکیم و بیمارستان بهارلو در تهران طی شهریور ماه، مهرماه و آبان ماه سال ۱۳۸۸ ارجاع شدند. نمونه‌ها بصورت اتفاقی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی از بین بیماران مراجعه کننده به اورژانس مسمومین که دارای کاهش سطح هوشیاری بودند انتخاب شدند. نمونه‌های انتخاب شده به دو گروه با توجه به سابقه اقدام به خودکشی قبلی تقسیم شدند: بیماران با سابقه اقدام به خودکشی قبلی (۱۹ نفر) و بیماران بدون سابقه اقدام خودکشی قبلی (۶۶ نفر).

در روش اجرا، داده‌های زیر برای تمام بیماران ثبت شد: سن، جنس، علائم حیاتی بیمار در زمان معاینه توسط سیستم اورژانس (EMS)^۲، درجه سطح هوشیاری و فاصله زمانی میان مصرف دارو و رسیدن سیستم اورژانس (EMS)، سابقه بیماری‌های قبلی (اختلالات روانی و سابقه سوء مصرف مواد)، مشخصات مسمومیت دارویی (نوع گروه دارویی، روش استفاده از دارو، تعداد و مقدار داروها و ماهیت عمدی یا غیر عمدی بودن مسمومیت)، نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و پیامد درمان اولیه اورژانسی (بهبود و یا عدم بهبود سطح هوشیاری). مسمومیت‌های دارویی در این مطالعه به چهار گروه طبقه بندی شدند: مواد غیرقانونی (عمدتاً

معرض خطر برای اقدامات خودکشی و خود آسایب‌رسان^۱ هستند [۴-۱]. اگرچه، میزان مسمومیت‌های دارویی در کشورهای مختلف تفاوت معنی‌را نشان می‌دهد [۵، ۶]. ولی گزارشات حاکی از افزایش قابل توجهی در تعداد بیماران بستری شده در بیمارستان‌ها ناشی از مسمومیت‌های دارویی در سراسر جهان طی دهه‌های اخیر می‌باشد [۹-۷].

بطور کلی رفتارهای خودآسایب‌رسان بصورت رفتارهای دارای انگیزه تظاهر به خودکشی و خودکشی‌های ناموفق تعریف می‌شود علیرغم اینکه این رفتارها بصورت عمد اتفاق می‌افتند [۱۰]. در عین حال رفتار خودآسایب‌رسان، با در نظر گرفتن این واقعیت که ۶۰-۳۰ درصد مرگ‌های ناشی از خودکشی بدنیاال اقدامات مکرر قبلی برای خودکشی حادث می‌شود، یکی از مهمترین عوامل خطر برای مرگ است [۱۱، ۱۲]. بروز سالانه رفتار خود آسایب‌رسان در جمعیت اروپایی بالای ۱۵ سال بین ۳۰۰ تا ۸۰۰ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر با تفاوت معنی- داری بین کشورهای مختلف برآورد می‌شود [۱۳]. در حالی که برخی از محققان بیان می‌کنند بیش از ۷۵٪ از اقدام به خودکشی‌های غیر کشنده در ارقام و آمار رسمی ذکر نمی‌شود [۱۴]. اگرچه خودکشی یک مشکل در سراسر جهان است [۱۵]، بیشترین اطلاعات تجربی در مورد اقدام به خودکشی مربوط به مطالعات کشورهای غربی است و برای ایجاد یک ایده و تئوری جامع، بررسی سایر فرهنگ‌ها نیز ضروری است. از طرف دیگر، هر چند برخی از محققین عقیده دارند که سابقه مبادرت به خودکشی قبلی خطر ابتلا به خودکشی موفق را افزایش می‌دهد [۱۶، ۱] و اقدام‌های مکرر برای خودکشی عامل خطر را تقویت می‌کند [۱۷]، تلاشیهای بسیار کمی جهت طراحی و توصیف چگونگی اثر متغیرها بویژه سابقه اقدام به خودکشی قبلی و ویژگی‌های خودکشی انجام شده است. هدف از این مطالعه مقایسه ویژگی‌های بیماران

² Emergency Medical Services

¹ Parasuicide

مواد مخدر)، داروهای شبه مخدری قانونی (ترامادول)، داروهای مخدر قانونی تحت کنترل (متادون) و داروهای قانونی غیرمخدر. در حالی که در ایران، ترامادول به عنوان یک ماده شبه مخدر قانونی با کاربرد کنترل درد در دسترس عموم است و مورد سوء استفاده قرار می گیرد و متادون بعنوان یک ماده دارویی قانونی مخدر، غالباً در درمان نگهدارنده اعتیاد مورد استفاده قرار می گیرد و مسمومیت با هر دو آنها شایع است. از این رو به

مقایسه بین دو گروه (جدول ۱) نوع دسته دارویی مصرف شده توسط بیماران را در دو گروه مورد مطالعه: بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی قبلی و بیماران بدون سابقه خودکشی قبلی نشان می دهد. شایعترین علت مسمومیت در بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی قبلی استفاده از داروهای قانونی غیرمخدر (۴۷٪) بود، در حالی که در گروه مقابل علت اصلی مسمومیت استفاده از مواد غیرقانونی (۳۹٪) بود.

جدول ۱. نوع دسته دارویی مصرف شده توسط بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی و بدون سابقه اقدام به خودکشی

مقدار P	سابقه قبلی اقدام به خودکشی (۱۹ مورد)		بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی (۶۶ مورد)	
	فراوانی (%)		فراوانی (%)	
دسته	مواد غیرقانونی(تریاک، هروئین، کراک، شیشه و...)	۴ (۲۱)	۲۶ (۳۹)	۰/۰۴۱
دارویی	داروی شبه مخدری قانونی(ترامادول)	۶ (۳۲)	۱۰ (۱۵)	
	داروی مخدری قانونی(متادون)	۰ (۰)	۱۱ (۱۳)	
	داروی قانونی غیر مخدری	۹ (۴۷)	۱۹ (۲۹)	

عنوان دو گروه مجزا در کنار دو گروه دیگر (مواد غیرقانونی و داروهای قانونی غیرمخدر) در نظر گرفته شدند. تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم افزار SPSS 16 انجام شد. متغیرهای کمی با استفاده از شاخص های میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی با استفاده از جداول فراوانی توصیف شدند. برای مقایسه بین دو گروه از تستهای کای دو و من ویتنی استفاده شد. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ بعنوان معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در کل جمعیت مورد مطالعه، ۶۶ (۷۸٪) بیمار مرد و ۱۹ (۲۲٪) بیمار زن بودند. محدوده سنی بیماران ۱۹-۷۲ سال با میانگین سنی $32/9 \pm 9/4$ سال بود. محدوده تعداد قرصهای مصرف شده توسط بیماران ۱۰-۷۰ عدد با میانگین 32 ± 13 بود.

جدول ۲ مقایسه بین متغیرهای مختلف را بین دو گروه مورد مطالعه ارائه می کند. در متغیرهای سن، جنس، سابقه سوء مصرف مواد، متوسط فشارخون، تعداد ضربان قلب، دمای بدن و تعداد تنفس تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. تعداد قرصهای مصرف شده ($p = 0/02$)، فاصله زمانی بین مصرف دارو و مراجعه سیستم اورژانس به محل ($p = 0/021$)، سابقه بیماری روحی- روانی ($p < 0/01$)، شرح حال مسمومیت عمدی توسط خود بیمار (Self Poisoning) ($p = 0/001$)، درجه کاهش سطح هوشیاری ($p = 0/046$)، اصلاح نشدن سطح هوشیاری بعد از اقدامات اولیه اورژانس ($p = 0/02$) و نیاز برای مراقبت های درمانی بعدی و پیشرفته ($p = 0/013$) در بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری با سابقه اقدام به خودکشی قبلی در مقایسه با گروه مقابل بطور چشمگیر بیشتر بود.

جدول ۲: مقایسه متغیرهای مختلف بین بیماران دارای سابقه قبلی اقدام به خودکشی و بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی

	بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی (۶۶ مورد)		با سابقه قبلی اقدام به خودکشی (۱۹ مورد)		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
جنس (مذکر)	۶۳/۸ *	۷۹	۷۴	۱۴	
سابقه بیماری روحی روانی	۰/۰۰۱ > *	۲۱	۱۰۰	۱۹	
سابقه استفاده از مواد غیرقانونی	۰/۱۵۲ *	۶۱	۴۲	۸	
شرح حال مسمومیت عمدی توسط خود بیمار	۰/۰۰۱ *	۵۹	۱۰۰	۱۹	
نیاز به مراقبت های درمانی بعدی و پیشرفته	۰/۰۱۳ *	۱۲	۳۷	۷	
اصلاح نشدن سطح هوشیاری بعد از اقدامات اولیه در اورژانس	۰/۰۲۷ *	۲۶	۵۳	۱۰	
سن (سال)	۰/۷۲۸ **	۳۲/۷ ± ۹/۲	۳۳/۷ ± ۱۰/۱		
MBP *** (میلیمتر جیوه)	۰/۱۶۸ **	۸۳ ± ۱۲	۷۸ ± ۱۲		
تعداد ضربان قلب در دقیقه	۰/۱۷۱ **	۸۲ ± ۲۰	۸۹ ± ۲۰		
دمای بدن (سانتیگراد)	۰/۸۰۸ **	۳۷ ± ۰/۲	۳۷ ± ۰/۳		
تعداد تنفس در دقیقه	۰/۴۲۴ **	۱۲ ± ۳	۱۲ ± ۲		
تعداد قرص مصرف شده	۰/۰۲۰ **	۳۰ ± ۱۲	۴۰ ± ۱۴		
فاصله زمانی بین مصرف دارو و زمان رسیدن نیروهای اورژانس به محل (ساعت)	۰/۰۲۴ **	۲/۸ ± ۱/۹	۴/۱ ± ۲/۱		
* آزمون کای دو ** آزمون مان ویتنی U MBP: متوسط فشار خون *** Mean Blood Pressure					

بحث

بر طبق یافته های این مطالعه، بیشترین داروی مورد استفاده در بیماران مسمومیت دارویی با کاهش سطح هوشیاری که سابقه قبلی اقدام به خودکشی را داشتند داروهای قانونی غیرمخدر بود، در حالیکه در گروه مقابل بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی استفاده از مواد غیرقانونی در بیش از یک سوم بیماران وجود داشت. سابقه اختلالات روحی روانی و شرح حال مثبت از مسمومیت عمدی توسط خود بیمار بطور قابل توجهی در بیماران با سابقه قبلی اقدام خودکشی در مقایسه با گروه مقابل بیشتر بود. در عین حال شرح حالی از سابقه قبلی اقدام به خودکشی، با درجه کاهش سطح هوشیاری، مدت زمان لازم برای بهبودی کاهش سطح هوشیاری، نیاز بیشتر به اقدامات درمانی پیشرفته، بیشتر بودن تعداد قرص مصرفی و بیشتر بودن فاصله زمانی بین مصرف دارو و مراجعه نیروهای اورژانس به محل مرتبط بود. تفاوت معنی دار در سن و جنس بین دو گروه وجود نداشت.

براساس نتایج مطالعات قبلی، سابقه قبلی اقدام به خودکشی با کوموربیدیتی های مختلف از جمله اختلالات خلقی مرتبط می باشد که در تائید یافته های این مطالعه است [۱۹، ۱۸]. ازطرف دیگر، برخی از یافته ها از جمله تعداد قرص مصرف شده و درجه کاهش سطح هوشیاری بعنوان شاخص های افزایش شدت و دفعات مسمومیت عمدی توسط خود بیمار دسترسی به سموم و داروها و آسیب های فیزیکی بالقوه مشخص شده اند. بعنوان نمونه، بالا بودن مقدار داروی مصرف شده در بیماران مسمومیت دارویی در ارتباط قوی با پیش آگهی بد این بیماران می باشد [۲۰].

در این مطالعه، زنان کمتر از یک سوم نمونه های مورد مطالعه را در هر دو گروه تشکیل می دهد، که با یافته های سایر مطالعات که فراوانی زنان در انجام رفتارهای خود آسیب رسان بالا بوده است متناقض می باشد [۲۴-۲۱]. برخی از این تفاوت ها را در مطالعات مختلف می توان به متفاوت بودن ویژگی های نمونه های مورد مطالعه و نوع رفتارهای خودکشی نسبت داد. اگرچه، در اغلب مطالعات اقدام

به خودکشی در همه انواع خودکشی در زنان نسبت به مردان بالاتر می‌باشد، در عین حال این موضوع را نباید فراموش کرد که در زنان از روشهای خود آسیب‌رسان فیزیکی کمتری استفاده می‌شود، صرف نظر از اینکه آیا این رفتارها واقعاً به معنی خودکشی هستند یا نه [۲۶، ۲۵]. در حالی که نمونه‌های مورد مطالعه در این تحقیق بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری بعلت مسمومیت دارویی بودند که شرایط عمومی خوبی نداشتند، براین اساس زنان ممکن است این روش خطرناک و تهدید کننده حیات را برای اقدام به خودکشی نسبت به سایر روشها، کمتر انتخاب نمایند.

هر چند یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که داشتن سابقه قبلی اقدام خودکشی با بالا بودن میزان تلاش فرد برای اقدام به مسمومیت عمدی همراه است، شواهد مطالعات قبلی ارتباط متفاوتی بین سابقه قبلی اقدام به خودکشی و انجام نمایشی خودکشی را نشان می‌دهد. مطابق با فرضیه Trait صرف نظر از سابقه قبلی اقدام به خودکشی، خطر انجام خودکشی در تمام افراد جامعه یکسان است، درحالی‌که طبق فرضیه Crescendo خطر انجام خودکشی در آینده در افراد دارای سابقه قبلی اقدام به خودکشی بیشتر می‌باشد [۲۷]. با این وجود، بسیاری از محققان معتقدند که بعد از انجام خودکشی ناموفق، اقدامات پیشگیرانه برای انجام مجدد خودکشی بعلت خوگیری قبلی تاثیر کمتری دارد. همچنین، عمل انجام خودکشی ناموفق ممکن است با تاثیر منفی بر افراد و محیط اطراف آنها خطر انجام خودکشی مجدد را در آنها بیشتر نماید [۲۸].

از طرفی در بیماران بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی شایعترین علت مسمومیت دارویی مواد غیرقانونی و در بیماران با سابقه قبلی اقدام به خودکشی داروهای قانونی و غیرمخدر بود. استفاده

شایع از داروهای رایج و معمول به عنوان یک ابزار اقدام به خودکشی در مطالعات قبلی گزارش شده است. مطالعات گذشته نشان می‌دهد که حداقل نیمی از افراد دارای مسمومیت عمدی این کار را با استفاده از داروهای تجویزی خود [۲۹] و با شیوع بالاتر با داروهای مورد استفاده در درمان اختلالات روانی خود انجام می‌دهند [۳۰، ۲۶].

یکی از محدودیتهای مطالعه حاضر، حجم نمونه کوچک آن است. علاوه بر این، اطلاعات مربوط به سابقه پزشکی بیماران از مصاحبه کامل با آنها بدست آمده‌است. از دیگر مشکلات موجود در این مطالعه، کمبود اطلاعات مربوط به وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران بود.

نتیجه گیری

در بیماران بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی شایعترین علت مسمومیت دارویی مواد غیرقانونی و در بیماران با سابقه قبلی اقدام به خودکشی داروهای قانونی و غیرمخدر بود.

پیشنهادهات

با توجه به این یافته‌ها، در برخورد با بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری ناشی از مسمومیت‌های دارویی نامعلوم، توجه به سابقه اقدام به خودکشی قبلی بعنوان یک عامل خطر می‌تواند کادر درمانی را در انتخاب گزینه‌های موثر و بهتر درمانی کمک نماید. همچنین کادر درمانی باید سابقه اقدام به خودکشی قبلی را بعنوان یک ریسک فاکتور در هنگام ارزیابی خطر (Risk Assessment) بیماری مد نظر قرار دهند.

References

- 1- Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *BJ Psych*, 1988; 152: 359 -366.
- 2- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *BJ Psych*, 2002; 181: 193 -199.
- 3- Sakinofsky I. Repetition of suicidal behaviour. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (eds K. Hawton & K. Van Heeringen), 2000: pp. 385 -404. Chichester: Wiley.
- 4- Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *BJ Psych*, 2003; 182: 537 -542.
- 5- Voyiaki S, Efstratopoulos A. Drug intoxication aiming at suicide. Recent experience from an internal medicine clinic of a general hospital in Athens. *Archives of the Hellenic Medical Society*. 1996; 13(2):136-141.
- 6- Kessel N. Self-poisoning. Part I. *Br Med J*. 1965;2:1265-1270.
- 7- Dimakopoulou A, Rontos I, Spyropoulos I, Papamichael E. Preliminary observations during the first year of running of Psychiatric Consultation Services in the Regional General Hospital of Nikea "Damon Vasiliou". *Encephalos J*. 1989; 26:168-172.
- 8- Rygnestad T, Hauge L. Epidemiological, social and psychiatric aspects in self-poisoned patients. A prospective, comparative study from Trondheim, Norway 1978-1987. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 1991; 26(2):53-62.
- 9- Tountas C, Sotiropoulos A, Skliros SA, Kotsini V, Peppas TA, Tamvakos E, et al. Voluntary self-poisoning as a cause of admission to a tertiary hospital internal medicine clinic in Piraeus, Greece within a year. *BMC Psychiatry*. 2001; 1: 4.
- 10- Mauri MC, Cerveri G, Volonteri LS, Fiorentini A, Colasanti A, Manfré S, et al. Parasuicide and drug self-poisoning: analysis of the epidemiological and clinical variables of the patients admitted to the Poisoning Treatment Centre (CAV), Niguarda General Hospital, Milan. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005; 1: 5.
- 11- Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psych*. 1987; 150: 145-53.
- 12- Diekstra RF. Suicide and suicide attempts in the European Economic Community: an analysis of trends, with special emphasis upon trends among the young. *Suicide Life Threat Behav*. 1985; 15: 27-42.
- 13- Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry*. 1992; 149: 41-4.
- 14- Diekstra RF. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1993; 371:9-20.
- 15- Krug EG, Dahlberg LL, Zwi AB, Mercy JA, Krug JA, Mercy LL. The first world report on violence and health, *The Lancet* 5 (360) 2002; pp. 1083-1088.
- 16- Hawton K, Harriss L, Zahl D. Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11,583 deliberate self-harm patients, *Psychological Medicine* 36 (3) 2006; pp. 397-405.
- 17- Zahl D, Zahl K, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11,583 patients. *BJ Psych*, 185 2004, pp. 70-75.
- 18- Powell J, Geddes J, Hawton K. Suicide in psychiatric hospital in-patients: risk factors and their predictive power. *BJ Psych*, 2000; 176, 266 -272.
- 19- Eagles JM, Klein S, Gray NM. Role of psychiatrists in the prediction and prevention of suicide: a perspective from north-east Scotland. *B J Psych*, 2001; 178, 494-496.
- 20- Carter G, Reith DM, Whyte IM, McPherson M. Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *The BJ Psych*. 2001; 186: 253-257.
- 21- Bille-Brahe U. The role of sex and age in suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 1993; 71:21-7.

- 22- Buckley NA, Dawson AH, Whyte IM. An analysis of age and gender influences on the relative risk for suicide and psychotropic drug self-poisoning. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93: 168–71.
- 23- Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*. 2001; 52:368–75.
- 24- Batt A, Tron I, Depoivre C, Trehony A. Suicide attempts in Brittany (France). Distribution at the regional level. *Encephale*. 1993; 19:619–25.
- 25- Stone IC. Observation and statistics relating to suicide weapons. *J Forensic Sci*. 1987; 32:711–6.
- 26- Maris RW, Berman AL, Silverman MM. *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: The Guilford Press; 2000.
- 27- Joiner TE, Joiner Y, Conwell KK, Fitzpatrick TK, Witte NB, Schmidt MT, et al. Four studies on how past and current suicidality relate even when “everything but the kitchen sink” is covaried, *Journal of Abnormal Psychology* 114 (2) 2005, pp. 291–303.
- 28- De Leo D, Pavan L. Suicidio In: Cassano GB, Pancheri P, Pavan L. editor. *Trattato italiana di psichiatria*. Milano: Masson; 1999. pp. 1217–39.
- 29- Alsen M, Ekedahl A, Lowenhielm P. Medicine self-poisoning and the sources of the drugs in Lund, Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89: 255–61.
- 30- Roy A. Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 1215–19.

Assessment Risk Factors in Poisoning Patients with Altered Consciousness Status

Mostafazadeh B, MD¹; Farzaneh E, MD²

1- Assistant Professor, Department of Medical Toxicology and Forensic Medicine, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Corresponding Author: Assistant Professor of Medical Toxicology and Forensic Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran. E-mail: e.farzaneh@arums.ac.ir

ABSTRACT

Background & Objectives: One of the limitations in management of patients suffering from decreased level of consciousness due to drug poisoning is the inability to interview the patient. The aim of the study was to compare characteristics of the two subgroups of these patients; those who had a suicidal attempt history with others.

Methods: In this cross-sectional study, 19 patients with suicidal attempt history and 66 patients without this history were selected among patients who were admitted for drug poisoning to referral poisoning hospitals in Tehran, Iran, in August, September and October 2009. All of them had decreased level of consciousness due to unknown drug poisoning. Demographics, poisoning characteristics, past medical history and substance use history of the patients were recorded.

Results: Different between previous history of suicide action with drug material decreased level of consciousness caused by poisoning, was significantly ($p=0.04$). Mental disease ($p > 0.01$), number of tablets consumed ($p=0.02$), interval between drug consumption and emergency forces to reach the place ($p=0.021$), described in deliberate self poisoning patients (Self Poisoning) ($p=0.001$), decreased level of consciousness grade ($p=0.046$), U.S. fail initial level of consciousness after emergency measures ($p=0.02$) and the need for health care and advanced next ($p=0.013$) in patients with decreased level of consciousness with a history of previous suicide compared with other group were higher. Significant difference between the two age groups ($P > 0.05$), gender and history of illegal drug use ($P > 0.05$) did not exist.

Conclusion: According to these findings, when dealing with patients suffering from decreased level of consciousness due to unknown drug poisoning, paying attention to history of suicidal attempts in these patients can help medical professionals in determining more effective treatment options for them. Medical staff should also record previous suicide as a risk factor in the risk assessment to consider the disease.

Key words: Drug poisoning; Suicidal Attempt; Risk assessment